Les divers modes de traitement des fistules salivaires du canal de Sténon se résument en trois méthodes principales : 1° rétablir les voies naturelles d'écoulement de la salive; 2° suspendre ou supprimer la sécrétion de ce liquide; 3° opposer à la fistule externe une fistule interne qui lui serve comme de canal de dérivation, et lui permette de se cicatriser.

On ne peut amener le rétablissement du canal de Sténon que lorsque la solution de continuité n'est pas si ancienne qu'elle ait rendu l'extrémité du conduit imperméable à la salive; on peut s'assurer de cela par le cathétérisme ou l'introduction d'une sonde dans l'orifice buccal du canal, ou par des injections faites dans le trajet fistuleux. Les moyens qui ont été proposés pour obtenir la guérison sont : 1° la réunion par quelques points de suture des bords de la solution de continuité, alors qu'elle est récente; 2° l'introduction d'un cordonnet de soie dans le canal de Sténon et jusqu'à la fistule. Lorsque la liberté du canal est enfin rétablie, on cautérise avec le nitrate d'argent les bords de la fistule.

Desault et Richter cherchaient, par une compression permanente exercée sur la parotide, à atrophier cette glande, à détruire ses fonctions. Maisonneuve a fermé la solution de continuité à travers laquelle s'écoulait la salive, en comprimant le canal parotidien en arrière, de manière à y retenir le liquide jusqu'à la formation de la cicatrice.

La méthode de traitement des fistules du canal de Sténon la plus généralement adoptée est celle qui consiste à pratiquer un conduit anormal par lequel la salive puisse tomber dans la bouche : pour cela, il faut traverser la joue avec un instrument aigu. La tige rougie au feu de Roy, et la canule de Duphénix, ne sont plus usitées. Monro se servait, comme on sait, d'une alène de cordonnier; mais aujourd'hui on se sert d'un trois-quarts de petite dimension : on porte cet instrument garni de sa canule dans la solution de continuité de la joue, et on enfonce obliquement en suivant le direction du canal. La canule sert ensuite à passer dans la plaie un fil de soie dont une des extrémités reste à l'extérieur, tandis que l'autre sort par la bouche. Le procédé de Béclard (archiv. gén. de méd.; Oct. 1824, p. 285) consiste à faire au fond de la fistule deux piqûres, l'une au-dessus de l'autre, qui traversent obliquement la joue de dehors en dedans et d'arrière en avant. Dans ces ouvertures, on engage une anse de fil de plomb, dont la partie moyenne reste cachée au fond de la solution de continuité, tandis que les extrémités, tordues sur elles-mêmes et libres dans la bouche, sont coupées très-près de la membrane muqueuse buccale. La plaie extérieure est ensuite réunie; la salive coule en dedans en suivant les deux fils métalliques, et la cicatrisation ne tarde pas à s'effectuer. « Cet ingénieux procédé réunit en sa faveur tous les avantages, dit Bégin, et je ne doute pas que l'expérience ne confirme de plus en plus son utilité. »

DES

HÉMORRHAGIES

TRAUMATIQUES.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

à la Faculté de Médecine de Montpellier,

le 13 juin 1840,

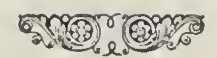
PAR

Frédéric GIROU,

DE MONTPELLIER,

Élève de l'école-pratique d'anatomie et d'opérations chirurgicales, ex-Premier Chirurgien externe à l'hôpital civil et militaire,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



Montpellier,

Chez Jean Martel aîné, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue de la Préfecture, 10.

1840.

A

Monsieur MARCEL DE SERRES,

Professeur de minéralogie à la Faculté des sciences,
Conseiller à la Cour royale de Montpellier,
Chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.

Le souvenir de vos bontés me fait un devoir de vous dédier ma Thèse. J'aurais voulu la rendre digne de vous; mais tout faible qu'est mon travail, daignez l'accueillir comme un témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

F. GIROU.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

Regrets éternels !

A MA MÈRE.

Ma vie entière sera consacrée à te témoigner ma reconnaissance et mon amour ; tous mes soins n'auront pour but que ton bonheur ; et si ce jour peut te faire oublier toutes les inquiétudes que te causa mon jeune âge, et les sacrifices que tu t'es imposés, il sera le plus heureux de ma vie.

A MON ONCLE GIROU,

DOCTEUR EN MÉDECINE.

En entrant dans cette carrière où vos conseils me seront souvent nécessaires, je tiens à vous offrir ce gage de mon estime et de mon amitié.

F. GIROU.



DES

HÉMORRHAGIES TRAUMATIQUES.

L'étude des divers états morbides dont le corps de l'homme peut être atteint, prouve, d'une manière péremptoire, qu'il ne peut être établi aucune limite entre la pathologie dite *médicale* et celle que l'on a désignée sous le nom de *chirurgicale*. Mais, parmi ces états, il en est qui démontrent mieux que d'autres la fusion de ces deux branches de la science des maladies : de ce nombre sont les hémorrhagies dont j'ai cru devoir faire le sujet de ma Dissertation inaugurale.

En effet, on serait dans une bien grave erreur si l'on pensait que les écoulements de sang occasionnés par des causes extérieures, et qui ont été désignés sous le nom de *traumatiques* (ce sont ceux

dont je dois particulièrement m'occuper), ne réclament que l'application des moyens chirurgicaux. Tous les jours on a l'occasion de se convaincre que, dans ces cas, qui sembleraient d'abord se trouver naturellement placés dans le domaine de la pathologie dite externe, on a le besoin indispensable de recourir aux diverses branches de la thérapeutique. En envisageant ainsi le sujet médical, quel qu'il soit, on peut lui appliquer les vrais principes de l'art; dès-lors, on voit un champ s'agrandir : ce n'est plus à un traitement étroit et limité que l'on recourt, ce sont des applications larges de l'art de guérir que l'on a à faire à toutes les individualités morbides.

Le mot *hémorrhagie* est tiré du grec (*αἷμα*, *sang*, *ῥέω*, *je coule*); il signifie tout écoulement de sang, et offre ainsi une acception étendue. La plupart des auteurs en restreignent le sens, en disant que, pour qu'il y ait hémorrhagie, il faut que l'écoulement sanguin soit assez considérable pour compromettre la vie de l'individu qui en est atteint. Lorsqu'au mot *hémorrhagie* on joint celui de *traumatique*, on désigne la cause qui a fait sortir le sang des vaisseaux qui doivent le renfermer.

Dans quelque partie du corps qu'un instrument vulnérant pénètre, pour si ténu qu'on le suppose, quelques vaisseaux sont ouverts, et dès-lors il s'écoule une plus ou moins grande quantité de sang,

Mais les vaisseaux dans lesquels ce liquide circule, sont de plusieurs ordres; on distingue, suivant les vaisseaux blessés, les hémorrhagies en artérielles, en veineuses et en capillaires. Cette distinction est importante : en effet, il est de première nécessité de reconnaître si ce sont une artère, une veine ou des vaisseaux capillaires, dont la blessure donne lieu à l'hémorrhagie. Je n'ai pas l'intention de m'occuper de la lésion des vaisseaux situés dans les cavités splanchniques; je n'ai en vue que les hémorrhagies traumatiques accessibles aux moyens thérapeutiques chirurgicaux.

De l'hémorrhagie traumatique artérielle.

L'hémorrhagie traumatique artérielle a des caractères qui lui sont particuliers : ainsi, un jet saccadé, en arcade, de sang rutilant, rouge, vermeil; la perte rapide des forces; la cessation de l'écoulement sanguin par la compression ou la ligature pratiquées entre le point blessé et le cœur, son augmentation par ces deux moyens dans un point opposé, indiquent, d'une manière évidente, que l'hémorrhagie est fournie par la lésion d'une artère. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi : il peut arriver que le défaut de parallélisme entre la plaie de l'artère et celle des parties qui la recouvrent, empêche le sang de se porter facilement au-dehors.

Dès-lors il y a tumeur formée par l'accumulation de ce liquide ; de là, ce que l'on a improprement appelé *anévrisme faux* a été distingué en primitif ou par infiltration, et en consécutif ou circonscrit ; j'aime mieux adopter la dénomination par laquelle Deschamps a désigné ces états morbides, et appeler ainsi, du nom de *tumeur hémorrhagicale,* la collection sanguine qui se forme à l'intérieur des parties blessées.

L'hémorrhagie artérielle n'a pas toujours lieu immédiatement après la lésion d'un vaisseau ; il est des cas où ce n'est que quelque temps après qu'elle apparait : ainsi, après l'arrachement d'une partie du corps, d'un membre, par exemple, on a pu voir d'aussi graves désordres ne s'accompagner d'aucune perte de sang. La rétraction des tuniques artérielles donne l'explication de ce qui se passe. L'absence de l'hémorrhagie se montre encore à la suite des plaies par armes à feu. Dans ce cas, c'est à la présence de l'escarre déterminée par la contusion excessive que l'on doit attribuer le phénomène dont je parle ; et lorsqu'au bout de quelques jours, la partie mortifiée est éliminée, on voit apparaître un écoulement de sang plus ou moins considérable.

Le spasme qui suit une lésion traumatique peut être porté au point d'empêcher l'hémorrhagie : de là, le précepte donné par quelques chirurgiens de ne procéder au pansement des opérés que lorsqu'il

s'est écoulé un intervalle de temps assez considérable pour que l'état spasmodique ait pu cesser.

Toutes ces causes de suspension d'une hémorrhagie doivent être soigneusement étudiées; leur connaissance est d'un grand secours, surtout pour l'application des moyens thérapeutiques.

De l'hémorrhagie traumatique veineuse.

L'hémorrhagie fournie par la lésion des veines n'est pas, toutes choses égales d'ailleurs, aussi grave que celle dont je viens de parler. Ici, le sang coule avec lenteur ; c'est un liquide qui a déjà servi à la nutrition de nos parties, et dont la perte est loin d'être aussi fâcheuse pour l'économie. Des caractères opposés à ceux que présentent les hémorrhagies artérielles, indiquent qu'il s'agit d'un écoulement de sang veineux. L'épreuve que j'ai signalée comme faisant reconnaître une artère qui a été lésée, est ici de la même valeur, dans une application inverse : ainsi, la compression exercée entre le point blessé et le cœur active l'hémorrhagie, et *vice versâ.*

Lorsque le sang ne s'écoule pas librement à l'extérieur, il se forme dans cette circonstance, comme dans la précédente, des tumeurs sanguines par l'accumulation de ce fluide au milieu des parties sous-cutanées. J'ai dit que, toutes choses égales d'ail-

leurs, l'hémorrhagie veineuse était moins grave que celle fournie par les vaisseaux artériels. Cette proposition est vraie d'une manière générale; mais la lésion de certaines veines extérieures, de la jugulaire, par exemple, peut être mortelle. Samuel Cooper dit, dans son *Dictionnaire de chirurgie-pratique*, avoir vu, en 1813, un soldat périr à la suite d'une blessure faite par une balle qui avait intéressé ce vaisseau.

De l'hémorrhagie traumatique capillaire.

Ce genre d'hémorrhagie est digne d'attention à cause du mouvement fluxionnaire dont il est souvent accompagné. Si l'on n'admettait pas, en effet, que l'action de l'instrument vulnérant détermine un état fluxionnaire au milieu des parties vivantes et dans le système entier, on ne concevrait pas comment ces hémorrhagies peuvent être si considérables. Les piqûres déterminées par les sangsues, par exemple, peuvent être suivies d'une perte considérable de sang. L'élément fluxionnaire est donc digne d'une grande considération, et M. le professeur Lordat a établi sur lui des genres particuliers dans son savant *Traité des hémorrhagies*. Cet élément peut s'associer aux hémorrhagies artérielles et veineuses; mais comme il se présente plus fréquemment dans la lésion des capillaires, c'est à l'occasion de cette dernière que je me suis réservé d'en parler. Le

praticien doit songer à cet état pour se rendre maître d'hémorrhagies qui ont résisté à tous les moyens thérapeutiques.

Dans l'hémorrhagie capillaire, le sang s'échappe par un grand nombre de points à la fois; les caractères diffèrent de ceux des hémorrhagies artérielles et veineuses. On voit ainsi que chaque genre a ses phénomènes propres, spéciaux; mais, je le répète, ce n'est pas le lieu seul de l'hémorrhagie qu'on doit prendre en considération, il faut encore examiner l'état général de l'économie. La connaissance des causes des hémorrhagies et des conditions au milieu desquelles elles se manifestent, intéresse trop le chirurgien, sous le rapport pratique, pour que je puisse me dispenser de dire quelques mots à ce sujet.

De même que les plaies par écrasement et par arrachement, celles que produisent les armes à feu sont rarement suivies d'une hémorrhagie immédiate. La perte de sang survient généralement lorsque l'inflammation s'est emparée des tissus lésés et a mis les parois vasculaires dans le cas de ne pas pouvoir supporter la ligature. Il y a plus, l'altération des parois peut s'étendre très-haut par suite de l'ébranlement occasionné par l'action du projectile; aussi convient-il, dans ces sortes de blessures, d'aller chercher loin du siége le vaisseau qui doit être lié.

On doit se comporter de la même manière à l'égard d'une hémorrhagie abondante qui se déclare quelque temps après la fracture comminutive d'un membre. Dans ce cas, par l'effet du ramollissement des tissus résultant de l'inflammation qui les a atteints, une esquisse osseuse qui, dans les premiers temps de la blessure, n'avait pas pu léser les tuniques des vaisseaux, les altère facilement.

Les hémorrhagies produites par diverses causes ulcératives qui ont agi sur le tissu vasculaire, ne mettent pas l'homme de l'art dans un moins grand embarras que les précédentes. Ici encore, ce n'est pas en saisissant le vaisseau au voisinage du siége de la blessure et en l'entourant d'une ligature, qu'on peut espérer d'arrêter l'écoulement du sang. Les parois artérielles ont perdu la force de cohésion qui est nécessaire au succès d'une pareille opération. Comment pourrait-on compter sur l'oblitération du vaisseau, si l'on se bornait à agir sur lui sans aucune précaution ?

Il est encore une hémorrhagie veineuse abondante qui mérite d'attirer l'attention du chirurgien : c'est celle qui se développe souvent dans les opérations pratiquées au voisinage du tronc. L'opérateur est incommodé par une grande quantité de sang noir qui s'écoule en nappe de tous les points de la plaie. Pour en diminuer le cours, il suffit, d'après Dupuytren, de suspendre momentanément l'opéra-

tion, de donner au mouvement circulatoire le temps de se rétablir, et de recommander surtout au malade de ne pas retenir ses plaintes. Cette hémorrhagie tient évidemment à la difficulté que le sang veineux éprouve à traverser les organes respiratoires, par suite des efforts que fait le sujet pour ne pas manifester la douleur qu'il éprouve.

Dans toute solution de continuité, alors même qu'un vaisseau important n'aurait pas été atteint, il peut survenir une hémorrhagie assez abondante pour exiger les secours de l'art. C'est dans cette circonstance qu'il convient surtout de distinguer l'hémorrhagie active ou sthénique, et l'hémorrhagie passive ou asthénique.

La première se présente de préférence chez les sujets jeunes, vigoureux; le tempérament nervoso-sanguin y dispose d'une manière spéciale. Voici sous quels traits le professeur Lordat dépeint l'hémorrhagie par fluxion générale, qui n'est autre chose que l'hémorrhagie sthénique. « Horripila» tion, ou quelqu'une des modifications du froid » fébrile; lassitude dans tous les membres; resser» rement et pâleur des téguments dans toutes les » parties, excepté au voisinage de celles par où » l'écoulement doit se faire; accumulation du sang » dans cette dernière; distension de ses vaisseaux » capillaires; douleur gravative et sentiment de » chaleur locale; pouls dur, fort, vif, ordinairement

» fébrile et présentant un caractère particulier qui » consiste en ce qu'il est dicrote. Effusion de sang » plus ou moins abondante, soit lorsque le mouve- » ment fébrile du pouls dure encore, soit après » qu'il a disparu. A mesure que l'hémorrhagie se » fait, retour du mouvement des artères à son état » normal, à moins que, l'écoulement devenant » excessif, le pouls ne s'affaiblisse outre mesure. »

Le caractère de l'hémorrhagie asthénique est de n'être précédé d'aucune excitation apparente, ni de congestion dans la partie qui en est le siége. Autant l'hémorrhagie sthénique est propre aux sujets jeunes et vigoureux, autant celle-ci se développe chez ceux qui sont affaiblis. Le sang conserve sa forme liquide à cause de la petite quantité de cruor qu'il renferme ; le pouls cède au doigt qui l'explore.

Les hémorrhagies qui surviennent à la suite des lésions traumatiques, reçoivent une grande influence de la part de la douleur qui ordinairement les accompagne; vainement s'efforcerait-on d'arrêter certaines d'entre elles, si l'on n'avait pas recours à l'emploi des narcotiques.

Outre cet élément morbide, il nous serait facile d'en signaler beaucoup d'autres; car la plupart peuvent s'associer à l'hémorrhagie. Qu'il nous suffise ici d'indiquer cette perte de sang inquiétante qui survint à la suite d'une opération de la taille, et à laquelle le célèbre Delpech mit fin à l'aide du quinquina.

Jusqu'ici il n'a été question que de l'état général du système ; mais, comme ce dernier, l'état local est susceptible d'exercer une grande influence sur l'apparition et la durée de l'hémorrhagie. Les ouvrages de chirurgie font mention de pertes sanguines qui apparaissent plusieurs heures après une grande opération, et qu'on voit cesser comme par enchantement par l'ablation de l'appareil de pansement.

Il y a peu de temps, j'ai observé, à l'hôpital Saint-Eloi, un cas semblable chez un homme qui avait subi l'amputation de la jambe au tiers supérieur : l'opération fut faite avec beaucoup d'habileté par le professeur de clinique chirurgicale, M. Lallemand. Le malade allait très-bien ; mais à peine deux jours se furent-ils écoulés, qu'il ressentit dans le moignon des douleurs insupportables : ce moignon se gonfla et fut agité par des pulsations très-apparentes, qui ne cessèrent que lorsque l'hémorrhagie se fut déclarée. L'élève interne fit appeler M. Lallemand, qui mit fin à cette hémorrhagie en enlevant l'appareil et en appliquant sur le moignon des compresses froides qui furent renouvelées de temps en temps.

Certaines hémorrhagies sont entretenues, tantôt par un état asthénique, tantôt par un état inflammatoire, tantôt enfin par un état nerveux local : ce qui explique l'activité, dans certains cas, des

anti-phlogistiques et des narcotiques employés localement.

Traitement.

Avant de s'adresser à des moyens hémostatiques directs, c'est-à-dire essentiellement chirurgicaux, il me paraît convenable d'avoir recours à des moyens qui soient en rapport avec l'état général du système. Je dois faire observer que, même dans le cas où il serait nécessaire de mettre fin sur-le-champ à l'hémorrhagie, il importe de ne pas négliger ces derniers moyens; ils prêtent un puissant appui aux autres. Une saignée générale, des boissons tempérantes doivent être conseillées aux sujets vigoureux, chez lesquels le pouls bat avec force; les substances anti-spasmodiques et opiacées conviennent aux sujets irritables; enfin, les toniques de divers genres sont indiqués, suivant les circonstances, à ceux dont les forces sont épuisées.

Des procédés hémostatiques naturels.

Avant d'examiner quel est le véritable mécanisme de l'oblitération des artères, il est bon de jeter un coup-d'œil sur les opinions diverses des auteurs à cet égard.

J.-L. Petit fut le premier qui attira l'attention des observateurs pour savoir comment la nature

vient au secours du blessé, dans une hémorrhagie artérielle. Cet auteur avança que toute hémorrhagie était arrêtée par la formation d'un caillot. Suivant lui, les astringents ne sont utiles qu'en faisant coaguler le sang ; mais la compression offre de grands avantages, en fermant l'orifice des vaisseaux pendant le temps nécessaire à la production d'un caillot épais et consistant. Il prétend que la ligature est plus incertaine, en disant que le lien se relâche, et qu'alors le coagulum n'adhère plus. Il se fait une légère effusion sanguine entre lui et la surface interne de l'artère, ou bien il est expulsé complétement, et il se déclare une hémorrhagie dangereuse. Dans une artère liée, le caillot a une forme pyramidale ; lorsqu'on s'est servi de la compression, il est aplati. Si l'on a recours aux styptiques ou aux astringents, il présente deux parties distinctes : l'une, au-dedans du vaisseau, qui fait l'office de tampon ; et l'autre, au-dehors, qui sert de couvercle à l'extrémité de l'artère. Cet auteur se persuada que, de tous les moyens hémostatiques, la ligature était le moins sûr ; qu'elle n'était suivie que de la formation d'un caillot conique sujet à se déplacer : il lui préféra la compression, même après le retranchement des membres. Toutefois, il ajoute qu'aucun de ces moyens ne peut suffire seul et par lui-même ; qu'il faut en faire concourir plusieurs au même but ; qu'ainsi rien n'est plus avantageux

que d'aider la ligature par la compression dans un autre endroit. Après avoir dit qu'il préfère la compression aux astringents, aux styptiques, à la cautérisation et à la ligature, il termine par ces mots : *du moins autant qu'il est possible.*

Morand, qui est venu après, a fait subir à l'opinion de Petit une légère modification. Il admet avec lui que le caillot arrête l'écoulement du sang ; mais ce n'est pas là le seul moyen dont la nature se sert pour arrêter l'hémorrhagie. Il prétend avoir découvert un autre mouvement qu'il est loin de bien déterminer ; une sorte de crispation, à laquelle il attribue la propriété de favoriser la résistance du caillot hémostatique.

Pouteau a prétendu que l'oblitération du vaisseau ouvert et la suspension de l'hémorrhagie étaient dues à la tuméfaction et à l'engorgement des parties environnantes ; il ne reconnaissait pas d'autres causes : aussi a-t-il préconisé les ligatures médiates. Cet auteur établit en principe que l'on peut sans danger comprendre dans le lien toute espèce de parties molles, même les nerfs ; suivant lui, la ligature du nerf radial ou de tout autre, après l'amputation, n'entraîne aucun accident fâcheux. Kirkland dit que la douleur qui accompagne la ligature d'un nerf est légère et instantanée ; elle est assez comparable à l'impression que détermine l'alcali volatil sur la membrane pituitaire, lequel, comme

on sait, est plus propre à ranimer les esprits qu'à occasionner des convulsions.

Voici ce que dit White : « Je suis maintenant persuadé, contre le sentiment de Pouteau qui m'avait d'abord séduit, et d'après l'observation de Gooch, confirmée par mon excellent ami Kirkland, que les gros troncs artériels peuvent s'oblitérer par l'effet seul de leurs contractions naturelles. » L'opinion de Kirkland et de bien d'autres praticiens recommandables est aussi, que l'embouchure des artères divisées ne se ferme que par le froncement de leurs parois.

Telles sont les différentes opinions des auteurs sur l'oblitération des artères; voici quel en est le véritable mécanisme.

Immédiatement après la section d'une artère, le sang s'échappe à plein canal; l'artère tend à se rétracter dans sa gaîne; mais cette tendance est contrebalancée d'abord par la forte impulsion du sang, dont le résultat est d'allonger l'artère. Bientôt cependant l'énergie circulatoire diminue, l'artère se retire dans sa gaîne ; la portion de celle-ci, qui surmonte le vaisseau, n'offre pas un canal lisse et nettement circonscrit; car l'artère, en se rétractant, a attiré des fibrilles celluleuses au centre de la gaîne. Le sang s'embarrasse dans les fibrilles, et si l'impulsion du liquide est considérablement diminuée ou suspendue par une syncope, il se coagule dans la gaîne ;

de-là, la formation d'un caillot (caillot extérieur, Jones; couvercle, Petit). Pendant que ces phénomènes se passent à l'extérieur du vaisseau, il se forme aussi dans sa cavité un autre caillot mince, conique (caillot intérieur, Jones; bouchon, Petit). Son sommet est dirigé vers le cœur, et sa base vers l'orifice du vaisseau. Le caillot est très-court si une artère collatérale naît à très-peu de distance; plus long, dans le cas contraire. Il s'établit bientôt un travail dont le résultat doit être l'oblitération de l'artère. Les bords de la solution de continuité versent une matière organisable qui s'interpose aux caillots intérieur et extérieur, et qui adhère fortement à l'orifice du vaisseau. Cette matière s'épanche entre le vaisseau et la gaîne, et quelquefois dans le tissu cellulaire voisin; toutes ces parties constituent alors une masse indurée, blanchâtre, friable, dans laquelle vient se perdre le bout de l'artère, en se confondant avec elle. Ensuite, il y a résorption du caillot intérieur et extérieur, et l'artère, continuant à se rétracter, se convertit en un cordon d'apparence ligamenteuse, jusqu'à la première collatérale.

Des procédés hémostatiques artificiels.

On donne le nom d'hémostasie à l'ensemble des moyens que l'art emploie pour interrompre le cours de sang. Ils ont tous le même but, cependant ils n'y parviennent pas de la même manière; car les

uns paraissent agir en resserrant les vaisseaux (astringents, styptiques); d'autres aident à la coagulation du sang, en formant une espèce de bouchon qui empêche mécaniquement l'éoulement de ce liquide (absorbants, caustiques); d'autres enfin, et ce sont les plus puissants, agissent par la pression mécanique du vaisseau (torsion, compression, ligature).

ASTRINGENTS ET STYPTIQUES.

On ne peut nier l'utilité des astringents dans les hémorrhagies qui proviennent d'un vaisseau d'un très-petit calibre, dans celles qui se font par une grande surface sur laquelle on ne peut découvrir aucun vaisseau distinct, et dans quelques hémorrhagies intérieures des narines, du gosier, du tube digestif, etc.; mais ils sont insuffisants et généralement rejetés pour arrêter le sang qui sort d'un gros vaisseau. L'air froid, et surtout l'eau froide appliquée à la surface d'une plaie dont le sang s'échappe en nappe, suffisent souvent pour arrêter l'hémorrhagie. On ajoute quelquefois des acides à l'eau froide; mais il faut craindre d'irriter la plaie par des astringents trop énergiques qui, au lieu d'être avantageux, nuiraient certainement à la solution de continuité.

ABSORBANTS.

On donne le nom d'absorbants aux corps qui,

appliqués sur une surface saignante, s'imbibent de sang, et forment avec lui un coagulum qui empêche tout écoulement ultérieur. L'agaric, l'éponge, la charpie, etc., sont le plus souvent employés. On a recours à ces moyens lorsque la ligature est impraticable ; lorsque l'on ne peut voir le fond de la plaie, que l'artère ouverte se dérobe complétement à la vue, et que, pour aller à sa rencontre, on serait entraîné à des manœuvres trop dangereuses. On les préfère à la ligature lorsque celle-ci a été déjà tentée plusieurs fois infructueusement; lorsque le sang sort avec impétuosité de l'intérieur d'une plaie profonde qui en est remplie, à tel point qu'on ne peut en découvrir la source, ni pratiquer la ligature avec toute la sûreté convenable. Enfin, il faut se contenter de ce moyen toutes les fois que l'hémorrhagie se fait par exhalation à la surface d'une grande plaie dans laquelle les vaisseaux ne peuvent être aperçus.

CAUSTIQUES.

Les caustiques les plus employés de nos jours sont le cautère actuel et le nitrate d'argent. Autrefois le cautère actuel était la seule ressource contre l'hémorrhagie; mais, malgré de nombreuses précautions, cette méthode était rarement suivie de succès. Les anciens, pour arrêter l'hémorrhagie après les amputations, plongeaient le moignon dans l'huile bouillante; ils faisaient leur opération avec

des couteaux rougis au feu ; mais ces procédés barbares n'arrêtaient que momentanément l'hémorrhagie, qui se reproduisait après la chute de l'escarre. Aujourd'hui, l'emploi du cautère actuel est très-limité ; cependant il est des cas où la cautérisation est le seul moyen que l'on puisse employer, comme par exemple, lorsque l'hémorrhagie se fait par les gencives, les joues, le voile du palais, les amygdales, ou par un point quelconque de l'intérieur de la bouche. On l'emploie aussi après l'ablation de tumeurs placées profondément et à la suite de quelques opérations chirurgicales. La clinique de M. le professeur Lallemand nous a fourni plusieurs cas de son application, parmi lesquels je choisis les deux suivants :

Un malade, âgé d'environ 30 ans, entra à l'hôpital Saint-Eloi pour se faire opérer d'une pierre vésicale qu'il portait depuis plusieurs années. M. Lallemand, après s'être assuré de l'existence du calcul, pratiqua la lithotritie. Après plusieurs séances, un fragment volumineux s'étant engagé dans le canal et ne pouvant être déplacé malgré de nombreux efforts, M. Lallemand se détermine à pratiquer immédiatement l'opération de la taille par le périnée. Elle est exécutée par la méthode ordinaire et permet d'extraire une quantité considérable de fragments. On détache avec peine celui qui a nécessité l'opération ; on lave ensuite la vessie, mais

on s'aperçoit bientôt que la plaie donne du sang en abondance ; l'on est obligé de cautériser, séance tenante, avec le fer rouge, et l'hémorrhagie cesse.

Quelque temps auparavant, M. Lallemand, après avoir enlevé un œil cancéreux, avait été obligé, pour arrêter l'hémorrhagie, de cautériser avec le fer rouge; les deux opérations ont été couronnées de succès.

COMPRESSION.

La compression est très-employée pour arrêter l'hémorrhagie artérielle; elle est directe quand on l'applique sur l'orifice béant de l'artère, ou latérale quand on la pratique sur des artères situées tout près des os qui peuvent leur fournir un point d'appui solide. Généralement elle ne saurait suffire pour arrêter définitivement le cours du sang ; car les artères échappent presque toujours à l'action des procédés mis en usage ; aussi doit-on employer la compression comme moyen provisoire et non comme moyen définitif. Mais que se passe-t-il dans la compression ? Son premier effet est d'aplatir les parois du vaisseau, de les affaisser sur elles-mêmes, afin que le rapprochement soit si exact que le sang ne puisse plus passer outre.

Toutes les artères n'offrent pas ces deux conditions réunies ; les principales sont : la radiale, la fémorale, l'axillaire, etc. On a inventé différents instruments pour faire la compression : le garrot de

Morel, le tourniquet de J.-L. Petit; mais le meilleur moyen, c'est la main d'un aide intelligent. Les bandages circulaires sont pernicieux, parce qu'ils peuvent faire tomber en gangrène la partie du membre inférieure à leur application. La compression ne convient guère que quand les artères blessées sont de médiocre volume, comme pour les plaies qui intéressent la main, le pied, etc. Toutefois, on a vu la compression, établie comme moyen provisoire pour des artères du premier ordre, amener un succès définitif; mais il faut remarquer que dans ces cas il peut survenir plus tard un anévrisme faux consécutif.

TORSION.

Cette opération consiste à saisir l'extrémité d'une artère et à lui faire faire, en la tenant fixée, plusieurs tours sur elle-même. La torsion rompt les tuniques interne et moyenne des artères, et oppose une digue au sang en refoulant les débris de ces membranes dans l'intérieur du vaisseau. Pour cet effet, il convient donc que l'artère soit essentiellement saine, et qu'elle ne soit pas d'un trop fort calibre.

LIGATURE.

Pour compléter l'examen des divers moyens hémostatiques fournis par l'art, il nous reste à parler de la ligature. Due au génie du restaurateur

de la chirurgie française, Amb. Paré, elle mérite sur tous les autres d'occuper le premier rang. Grâce à l'anatomie pathologique et aux expériences faites sur les animaux vivants, la question relative à cette opération chirurgicale ne laisse plus rien à désirer. Le procédé employé par la nature pour oblitérer une artère qui a été liée, et les moyens propres à en favoriser le travail, sont suffisamment connus. Par l'effet de la ligature, la membrane celluleuse du vaisseau est mise en contact avec elle-même. Les deux autres tuniques, l'interne et la moyenne, étant rompues, le sang arrête le coagulum dans l'espace compris entre le point lié et la première collatérale, assez volumineuse pour entretenir le mouvement circulatoire ; peu de temps après, la membrane interne est lubrifiée par un liquide visqueux (lymphe plastique coagulable des auteurs) qui se condense à la surface du caillot. Dans le principe, cette espèce de membrane est facilement séparée de la surface de l'artère ou du caillot qu'elle embrasse ; mais, plus tard, la chose est impossible. Il arrive même une époque où artère, membrane, caillot, tout est confondu ; un cordon blanc, résistant, les remplace.

L'oblitération du vaisseau lié exige, pour être produite, que le caillot sanguin occupe une certaine étendue, et que surtout les parois artérielles offrent une résistance suffisante : voilà pourquoi les auteurs

donnent le précepte de ne pas placer la ligature sur un point trop voisin d'une artère collatérale, et de prendre toutes les précautions possibles pour ne pas trop irriter le vaisseau; ils recommandent expressément de réunir par première intention les plaies auxquelles correspondent les vaisseaux ouverts.

La ligature est médiate ou immédiate: elle est médiate, toutes les fois que, à l'aide d'une aiguille courbe, on comprend dans une anse de fil l'artère et quelques parties molles environnantes; immédiate, si ce vaisseau, isolé de toutes parts, est seul embrassé par un fil. La première espèce a l'inconvénient de devenir trop lâche, par suite de l'affaissement, de l'ulcération des tissus compris, et de faciliter les hémorrhagies, si l'oblitération désirée n'a pas eu le temps de se faire. La seconde réunit tous les avantages; mais il faut que le chirurgien serre la ligature de manière à ne rompre que les tuniques interne et moyenne, de manière à provoquer l'adhésion du vaisseau intéressé.

Les anciens, après avoir lié au-dessus et au-dessous de l'ouverture de l'artère, coupaient ensuite celle-ci en travers entre les deux ligatures. Celse, Galien, Aétius l'ont conseillé. John Bell, et après lui Maunoir de Genève, ont pensé que cette précaution suffisait pour ne pas faire craindre les hémorrhagies secondaires. L'artère, coupée en travers dans le fond d'une plaie, se trouve dans les

mêmes circonstances que celle que l'on lie sur le bout d'un moignon : alors elle n'est pas tiraillée ; elle est abandonnée à toute sa force de rétraction, puisqu'elle est libre en haut et en bas.

Voici quel est le moyen le plus simple pour lier une artère : après avoir tout disposé pour cette opération et comprimé l'artère principale de l'endroit blessé, on découvre le vaisseau, en ayant soin de ne pas léser les parties environnantes et surtout les nerfs ; ensuite, on saisit l'artère avec le bout d'une pince ou un *tenaculum*, après l'avoir débarrassée des parties qui l'entourent ; alors on la lie nettement avec des fils proportionnés à son volume, de manière à mettre en contact les parois opposées de l'artère, mais jamais assez pour diviser complétement le vaisseau. Une espèce de craquement annonce que les tuniques interne et moyenne sont rompues. Il importe que la constriction ne soit pas poussée plus loin ; s'il en était autrement, on pourrait avoir à se reprocher d'avoir donné lieu à une hémorrhagie consécutive, résultant de la rupture de la tunique externe. Voilà pourquoi il convient que cette opération, toute simple qu'elle paraît, ne soit confiée qu'à des mains exercées.

Les divers moyens hémostatiques que nous avons passés en revue, ne conviennent pas également à tous les cas. Examinons successivement les hémorrhagies, suivant qu'elles sont veineuses, artérielles

et capillaires, afin de voir quels sont les moyens les mieux indiqués pour chacune d'elles.

Hémorrhagies veineuses.

Le chirurgien éprouve rarement de la difficulté à mettre fin aux hémorrhagies veineuses; la compression généralement leur suffit. Cependant certaines d'entre elles, telles que les veines de quelques cavités, ou celles qui offrent un calibre assez fort, comme la crurale, l'axillaire, la jugulaire, etc., exigent un autre moyen. La cautérisation est indiquée pour les premières; la ligature, malgré ses inconvénients, est quelquefois nécessaire pour arrêter les autres. M. Larrey cite, dans sa *Chirurgie clinique*, les bons effets qu'il a retirés de la ligature de la veine crurale, qui avait été ouverte à la suite d'une lésion traumatique.

Quelquefois, après le pansement d'un membre amputé, il survient une hémorrhagie veineuse abondante, résultat d'une compression trop forte. Dans ce cas, le meilleur moyen à opposer à cette hémorrhagie consiste à enlever les pièces de pansement.

Hémorrhagies artérielles.

Le moyen par excellence, pour mettre fin à ces hémorrhagies, est la ligature, dont les avantages ne peuvent plus aujourd'hui être mis en contestation. Il est loin de nous le temps où l'on n'osait avoir

recours à cette opération dans le cas d'hémorrhagie fournie par l'artère principale d'un membre, de peur d'amener la gangrène. Quel que soit le vaisseau ouvert, on n'hésite plus à le lier ; on va même quelquefois, comme à la suite des lésions des artères de l'avant-bras, jusqu'à placer deux ligatures, l'une sur le bout inférieur de l'artère et l'autre sur le bout supérieur. Cependant il est certains cas dans lesquels il convient d'employer la cautérisation et la compression. L'ouverture de l'artère ranine indique l'application d'un stylet rougi. La compression, aidée de quelques moyens internes, a pu arrêter les progrès d'un anévrisme faux consécutif, résultant d'une lésion faite à l'artère par un instrument tranchant ; on doit l'essayer quand l'ouverture du vaisseau est étroite.

Hémorrhagies capillaires.

Ces hémorrhagies paraissent se lier mieux que toute autre à des causes générales. Il est donc tout-à-fait inutile de dire qu'elles sont susceptibles de céder à la combinaison des moyens thérapeutiques généraux et locaux. Parmi ces derniers, la compression, les lotions astringentes, les diverses poudres styptiques, le nitrate d'argent sont les plus indiqués. Quoique les hémorrhagies de ce genre soient ordinairement peu rebelles, il en est cependant quelques-unes qui peuvent, par leur durée,

compromettre les jours des malades. De ce nombre sont celles que l'on voit se manifester chez plusieurs enfants à la suite d'une application de sangsues; celles qui accompagnent certaines blessures du corps caverneux, ou la lésion des paquets hémorrhoïdaux. Dans ces derniers cas, la compression, les astringents et les styptiques réussissent rarement; il est nécessaire d'en venir le plus souvent au cautère actuel.

FIN.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Du mode de connexion de l'utérus avec le placenta.

L'adhérence du placenta à la matrice présente quelques variétés. On remarque qu'elle est plus forte chez certaines femmes que chez d'autres ; car il y a des placentas qu'on ne saurait séparer de l'utérus par les seuls efforts de la nature, et qu'on ne peut détacher qu'avec beaucoup de peine. Dans quelques cas, au contraire, cette adhérence est très-légère ; ce qui expose les femmes aux hémorrhagies pendant la grossesse, et à l'avortement.

Certains auteurs prétendent que l'adhérence du placenta à la matrice est d'autant plus forte, que le fœtus est plus vigoureux. On remarque en général que la circonférence spongieuse du placenta adhère plus fortement à l'utérus que ses parties centrales et moyennes (Haller).

Le placenta est attaché à l'utérus par sa face externe ou sillonnée. Le lieu où ce corps s'implante n'est point fixe, et cette insertion est si variable qu'il n'existe peut-être pas un seul point à la surface interne de la matrice, où on n'ait eu l'occasion de voir adhérer le placenta. On prétend même qu'on le trouve rarement attaché sur la même région dans deux accouchements successifs. L'adhérence la plus ordinaire a lieu sur les parties moyennes de l'utérus, la plus rare est celle qui se fait sur l'orifice de la matrice. Le placenta, au rapport de Riolan, de Mauriceau, de Smellie, de Rœderer, etc., est attaché quelquefois sur l'espace qui sépare les orifices des trompes utérines, c'est-à-dire à la partie supérieure de la face postérieure de la matrice. Arancius l'a vu s'insérer à la paroi antérieure; Drelincourt, sur les parties latérales de ce viscère; Ruysch, sur le col, bouchant en quelque sorte son orifice.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Des symptômes et du traitement des plaies du foie.

Les plaies du foie sont toujours très-graves; elles sont d'autant plus dangereuses, que la blessure est

profonde, vu la texture de cet organe et de son organisation vasculaire. La guérison est possible si la plaie est superficielle; alors il se forme des adhérences entre le foie et le péritoine, et la plaie se cicatrise. Si elle est profonde, les gros vaisseaux peuvent être blessés; il survient un épanchement de sang et de bile dans le péritoine, et la mort du malade est certaine. Les principaux symptômes des plaies du foie sont : au-dehors l'écoulement abondant d'un sang noir, ou son épanchement dans le ventre. Si la plaie a été faite par la pointe d'une épée, le malade éprouve une douleur profonde dans l'hypocondre droit : cette douleur s'étend à l'épaule droite; il survient un ictère. Lorsque la surface convexe de ce viscère est affectée, la douleur s'exaspère par la pression. Si c'est la partie contiguë au diaphragme, la respiration devient plus difficile et plus pénible; il arrive quelquefois que la plaie est très-petite. Dans ce dernier cas, la situation du mal fait beaucoup pour le diagnostic, qui n'est sûr alors que lorsque la jaunisse se manifeste, ainsi que la tension du ventre, son extrême sensibilité accompagnée d'une douleur latérale profonde. Il est très-difficile de porter un pronostic favorable sur les plaies du foie.

Une hépatite aiguë est l'effet nécessaire d'une plaie du foie; il y a alors gonflement, tension de l'hypocondre droit, avec douleur de plus en plus in-

supportable, qui ne peut être calmée que par le décubitus sur ce côté. Avec la gêne de la respiration coïncident la force, la plénitude, l'accélération du pouls, et la figure se colore d'une teinte mêlée de jaune et de rouge ; enfin, il y a agitation, insomnie, soif ardente et trouble de toutes les fonctions.

Outre le traitement anti-phlogistique, il faut donner au malade une position telle, que toutes les matières qui s'écoulent de la plaie puissent facilement sortir au-dehors. Si l'hémorrhagie continue, on emploie les applications froides et un bandage de corps suffisamment serré. Les lavements adoucissants, les boissons délayantes, l'abstinence sévère d'aliments, les embrocations huileuses, les fomentations émollientes, les bains même, doivent faire partie indispensable du traitement médical et chirurgical.

SCIENCES MÉDICALES.

Quelle est la valeur séméïologique de l'accélération et de la rareté du pouls?

On donne le nom de *pouls* au battement des artères produit par leur dilatation et leur concentration. Les signes tirés du pouls sont ceux qui

éclairent le plus le diagnostic et le pronostic des maladies. Le nombre des pulsations du pouls, dans un temps donné, fait distinguer le pouls fréquent et le pouls rare.

Le pouls fréquent est celui dont les pulsations sont en plus grand nombre qu'elles ne doivent l'être dans un temps donné. Le pouls rare est le contraire du pouls fréquent : dans un temps donné, il bat moins que dans l'état naturel. Les âges influent beaucoup sur la fréquence et la rareté du pouls : ainsi, dans les premiers mois de la vie, il bat 140 fois par minute; vers la deuxième année, il n'offre plus que 100 pulsations ; à l'époque de la puberté on compte 80 pulsations. Le pouls du vieillard est un peu moins fort et moins fréquent; il bat 50 à 60 fois par minute. Le pouls est naturellement plus fréquent chez les enfants, les femmes, les sujets d'un tempérament sanguin, dans les climats chauds, dans l'été, après des exercices violents, des veilles prolongées, des excès de colère, après avoir pris des liqueurs alcooliques ou des aliments en trop grande quantité. La fréquence du pouls est aussi augmentée dans les maladies par les médicaments excitants externes et internes : c'est particulièrement dans les fièvres inflammatoires, dans les phlegmasies, dans les fièvres gastriques et dans les hémorrhagies actives que le pouls devient fréquent. Le pouls n'est pas plus fréquent dans la

plupart des maladies chroniques ; il ne prend cette qualité que sur la fin, lorsque les forces s'épuisent ou qu'il s'établit quelque foyer purulent.

En général, l'augmentation de la fréquence du pouls annonce que la maladie s'accroît. Plus le pouls fréquent est petit, faible et inégal, plus le signe qu'il donne est mauvais ; plus le pouls est fréquent et fort, moins il y a de danger. Le pouls d'un adulte, qui donne au-delà de 150 pulsations par minute est presque toujours mortel.

Dans l'état naturel, le pouls est plus rare chez les vieillards, les hommes, chez ceux en qui le système lymphatique prédomine ; il l'est également dans les pays froids. Le pouls est plus rare dans le plus grand nombre des fièvres pituiteuse, adynamique et ataxique, dans les maladies chroniques avec épuisement des forces, dans l'apoplexie asthénique et dans certaines lésions organiques du cœur. M. Chomel (*Eléments de pathol. gén.* Paris 1817) a vu, à l'hôpital de la Charité, un jeune homme atteint d'une lésion organique du cœur, dont le pouls ne donnait que 28 et quelquefois même 25 pulsations par minute. Si le pouls n'est pas trop rare, il a peu de valeur ; dans le cas contraire, c'est un mauvais signe. Le pouls rare et dur, quoique petit et irrégulier, est beaucoup moins dangereux que celui qui est en même temps mou, petit et irrégulier ; il n'indique que l'oppression des forces. Mais

le danger est bien plus grand si le pouls rare survient à la fin d'une maladie, et s'il est accompagné de syncopes, d'un sentiment de froid des membres, et d'autres signes d'une grande faiblesse.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Exposer les effets divers du chauffage par rayonnement ou par communication sur l'économie animale.

Les effets divers du chauffage par rayonnement ou par communication sur l'économie animale ne diffèrent point essentiellement de ceux que détermine le calorique en tant qu'agent naturel. Mais les corps en combustion, en même temps qu'ils donnent de la lumière et de la chaleur, répandent dans l'atmosphère des gaz qui l'altèrent d'une manière plus ou moins prononcée, et qui conséquemment peuvent influer sur la santé de l'homme.

Les effets du chauffage doivent nécessairement varier selon la nature des matières que l'on emploie pour le produire; le plus souvent, c'est le bois que l'on préfère. Dans quelques circonstances,

on se sert du charbon et de la houille. Parmi les bois, on choisit ceux qui sont les plus durs et les plus compactes, parce qu'ils fournissent, sous un volume égal, une quantité plus considérable de combustible.

On a reproché à la houille de fournir une chaleur âpre, et des vapeurs abondantes qui influent sur la santé des personnes délicates.

Les effets du chauffage varient encore selon qu'on se sert de poële, de cheminée, de chaufferette, etc., et selon les différentes espèces et les formes diverses de ces instruments calorifères.

Je n'entre point dans des détails relatifs à chacune de ces circonstances; il me suffit de les avoir indiquées d'une manière générale.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

Messieurs :	
CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN, Prés.	*Thérapeutique et matière médic.*
RIBES, *Exam.*	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie généraleet Toxicologie.*
RÉNÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutiquegén.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON, *Suppl.*	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

Messieurs :	Messieurs :
VIGUIER.	JAUMES, *Sup.*
BERTIN.	POUJOL.
BATIGNE.	TRINQUIER.
BERTRAND.	LESCELLIÈRE-LAFOSSE, *Ex.*
DELMAS fils.	FRANC.
VAILHÉ.	JALLAGUIER.
BROUSSONNET fils.	BORIES.
TOUCHY, *Examinateur.*	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Questions de Thèses. N° 71

23.

DE LA MAUVAISE POSITION

DANS

QUELQUES MALADIES DU GENOU.

Quelles sont les fonctions des lobes cérébraux?

Des moyens à l'aide desquels on peut faire reparaître l'écriture dans les cas de falsification des actes, des certificats, etc.

Des signes des fractures.

Symptômes de l'empoisonnement par la ciguë.

Thèse

présentée et publiquement soutenue

à la Faculté de Médecine de Montpellier,

le 1er juin 1840,

PAR

Alexis VILLERET,

de COURS (Rhône),

Chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu et de la Charité de la ville de Lyon

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Montpellier,

Chez JEAN MARTEL AINÉ, imprimeur de la Faculté de Médecine,

Rue de la Préfecture, 10.

1840.

12